CASA DE ASIGURARI DE SANATATE ILFOV

STRADA AV.POPISTEANU NR.46

SECTOR 1

BUCURESTI

Doamna Director General

Subsemnata.......................................................CNP.......................................domiciliata.......................................................................................................................legitimata cu CI seria..................nr...................va rog sa binevoiti a-mi aproba eliberarea unei adeverinte cu veniturile aferente concediilor medicale platite de institutia dumneavoastra.

Adeverinta imi este necesara pentru AJPIS

Va multumesc

 Data Semnatura

 ................................. ...................................

 DOAMNEI DIRECTOR GENERAL A CASEI DE ASIGURARI DE SANATATE ILFOV